

Authorization for Release of Protected Health Information

Ameritas Life Insurance Corp., Ameritas Life Insurance Corp. of New York



This authorization complies with the HIPAA Privacy Rule.

I, the undersigned, hereby authorize Ameritas Life Insurance Corp. and any of its parents, subsidiaries, or affiliates and their respective agents and subcontractors, to disclose confidential health information about the member/insured below.

I understand that this authorization is voluntary.

You must complete both sides of this form. Please type or print.

1. Member/Insured Information

Last Name: _____ First: _____ M.I.: _____

Date of Birth: _____ S.S.#: _____

2. I authorize the individual(s) or company(ies) indicated below to receive protected health information regarding the member/insured named above.

Individual/Company Authorized to Receive Protected Health Information: _____

Daytime Phone: _____ Fax: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Individual/Company Authorized to Receive Protected Health Information: _____

Daytime Phone: _____ Fax: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Individual/Company Authorized to Receive Protected Health Information: _____

Daytime Phone: _____ Fax: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

3. Purpose for the Release or Disclosure of Information:

Disclosures are made at the request of the member/insured.

Other (please specify):

4. Description of the information to be released or disclosed (Check all that apply):

Enrollment Information Claims Records Claims Status

Other: _____
(Specifically describe the records to be released)

Authorization for Release of Protected Health Information

5. Expiration:

For a period of _____ month(s) from the date of my signature below (Note: Authorization cannot exceed 24 months); **OR**

Until the completion of _____
(Specific event or purpose of the release; cannot exceed 24 months)

6. IMPORTANT: Your signature below means that you understand and agree to the following:

- I understand that the Information provided under this authorization may include Protected Health Information which could contain diagnosis and treatment information including information pertaining to chronic and/or communicable diseases including but not limited to: alcohol or drug abuse; psychiatric or mental conditions; HIV or sexually transmitted disease; genetic disorders; and/or Sickle Cell.
- I understand that the information to be disclosed is protected by law and that the same information may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by the same law(s) that applied in the first instance.
- I understand that I may be charged a reasonable fee (only as allowed by law) for copying and mailing the disclosures to the individual(s) or company(ies) that I have designated in Section 2 above.
- I understand that I may receive a copy of this authorization and agree that a photocopy is as valid as the original.
- I understand that my ability to enroll in an Ameritas Life Insurance Corp. or Ameritas Life Insurance Corp. of New York insurance plan, eligibility for benefits and payment for services will not be affected if I do not sign this form. However, I understand that without this completed form with my signature, my request to release the information described above to a third party will not be honored.
- I understand that this Authorization is effective until the date or the event indicated in Section 5 above unless I revoke this Authorization before it expires. I understand that I may revoke this Authorization at any time during its effective period by requesting such in writing to the Company at: Ameritas, Attn. Privacy, P.O. Box 82520, Lincoln, NE 68501-2520.

A photocopy of this Authorization will be treated in the same manner as the original.

Signature of patient/guardian/personal representative:

X _____

Date: _____

Legal relationship to Patient (Must be completed if signed by guardian or personal representative):

Autorización para Revelar Información Médica Protegida

Ameritas Life Insurance Corp., Ameritas Life Insurance Corp. of New York



La presente autorización cumple con la norma de privacidad HIPAA.

Yo, el que suscribe, por medio de la presente autorizo a Ameritas Life Insurance Corp. y a cualquiera de sus empresas centrales, subsidiarias o afiliados y sus respectivos agentes y subcontratistas, a que revele información confidencial de salud del miembro/asegurado que figura a continuación.

Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Debe completar ambos lados del formulario. Utilice letra de imprenta (*molde*) o máquina de escribir.

1. Información del miembro/asegurado

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____

2. Autorizo a los individuos o compañías que se indican a continuación a recibir información médica protegida relacionada con el miembro/asegurado que figura anteriormente

Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida: _____

Teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida: _____

Teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida: _____

Teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Motivo por el cual se revela o divulga la información:

Las divulgaciones se realizan a pedido del miembro /asegurado.

Otros (*sírvase especificar*):

4. Descripción de la información que se revelará o divulgará (*marque todas las opciones que correspondan*):

Información de inscripción Registros de reclamos Estado de reclamos

Otros: _____
(*Describa específicamente los registros que se revelarán*)

5. Vencimiento:

Por un período de _____ meses desde la fecha de mi firma a continuación

(*Nota: La autorización no deberá exceder 24 meses*); **O BIEN**

Hasta que se complete: _____
(*Especifique el motivo o evento de la divulgación. No deberá exceder 24 meses*)

6. IMPORTANTE: Su firma a continuación implica que comprende y acepta lo siguiente:

- Comprendo que la información brindada por la presente autorización puede incluir información médica protegida que puede contener datos de diagnósticos y tratamientos, incluida información relativa a enfermedades crónicas y/o transmisibles que incluye pero no se limita a: abuso de drogas o alcohol, afecciones mentales o psiquiátricas, VIH o enfermedades de transmisión sexual, trastornos genéticos y/o anemia falciforme.
- Comprendo que la información que se divulgará se encuentra protegida por la ley y que el destinatario puede volver a divulgar la misma información y que ésta puede dejar de estar protegida por las mismas leyes que se aplicaron en la primera instancia.
- Comprendo que se me puede cobrar un cargo razonable (únicamente según lo permitido por la ley) por la copia y el envío por correo de las divulgaciones a los individuos o compañías que he designado anteriormente en la Sección 2.
- Comprendo que puede que reciba una copia de la presente autorización y acepto que dicha copia será igual de válida como el original.
- Comprendo que la capacidad de inscribirme en un plan de seguro de Ameritas Life Insurance Corp. o Ameritas Life Insurance Corp. of New York, la elegibilidad para recibir beneficios y el pago de servicios no se verán afectados si no firmo el presente formulario. Sin embargo, comprendo que sin este formulario completo con mi firma, mi solicitud de revelar a terceros la información descrita anteriormente no se llevará a cabo.
- Comprendo que la presente autorización se mantendrá vigente hasta la fecha o el evento indicado anteriormente en la Sección 5, a menos que revoque la misma antes de su vencimiento. Comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento durante su vigencia mediante una solicitud por escrito a la Compañía a: Ameritas, Attn. Privacy, P.O. Box 82520, Lincoln, NE 68501-2520.

Toda fotocopia de la presente autorización será tratada de igual manera que el original

Firma del paciente/tutor/representante personal:

X _____

Fecha: _____

Relación jurídica con el paciente *(se debe completar si la firma corresponde al tutor o representante personal):*
